(Ingresan a Sala los representantes del Fondo Nacional de Recursos)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores tiene el agrado en recibir a los representantes del Fondo Nacional de Recursos, a quienes con gusto cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR HARETCHE.- En nombre del Fondo Nacional de Recursos, agradecemos a los miembros de la Comisión por recibirnos en el día de hoy.

Sin más preámbulos deseo expresar que la disposición que nos ocupa se divide en cinco partes. Una información histórica de lo que llamamos la etapa de consolidación del Fondo, en la cual se incorporaron todas las técnicas actuales y creció en un número importante la cantidad de actos médicos individuales realizados.

En la segunda etapa, que va del año 2000 al 2002, distinguimos la evaluación de resultados médicos tendientes a la mejora de la calidad de la atención. La tercera etapa comprende la evaluación previa al acto médico, que condujo a una importante reducción del número de actos. La etapa financiera abarca las consecuencias financieras del Fondo y, por último, se hace referencia a algunas tareas que ya se están realizando en el año 2003.

Como saben los señores Senadores, el Fondo Nacional de Recursos se instaló en el año 1980 y lleva a cabo una serie de técnicas.

La definición de Medicina Altamente Especializada refiere a una gran concentración de recursos humanos y materiales; en la jerga habitual, se trata de pocos actos pero muy costosos, y opera como un seguro catastrófico.

Además, se están haciendo algunos actos en el exterior.

Del año 1990 a 1999, se constata un crecimiento importante del número de actos e inclusive se incorporaron nuevas técnicas. A las primeras técnicas que se realizaban desde 1981 se incorporaron otras –especialmente entre 1994 y 1996- que, en números redondos, representan el 30% del total de los actos actuales.

Quiere decir que con independencia de la incorporación de nuevas técnicas, hubo además un incremento sustantivo en el número de actos por técnica. Me refiero particularmente a diálisis, como era previsible, y a prótesis de rodilla, que desde el año en que se incorporaron aumentando en forma importante. Todas estas cifras convergen al año 1999, momento en el cual empezaron a darse cambios importantes.

En la lámina correspondiente al resumen financiero aparecen los ingresos y egresos del Fondo Nacional de Recursos desde el año 1981 al año 1999, con un poder adquisitivo constante, verificándose un incremento muy fuerte de los egresos. Como elemento de comparación, en el año 2001 el presupuesto de egresos del Fondo Nacional de Recursos alcanzaba el 50% del presupuesto total del Ministerio de Salud Pública. La participación porcentual respecto a esa medida de referencia –que tiene una cobertura de salud muy importante en el país- es continuamente creciente en todo el período. Los resultados del Fondo empezaron a ser progresivamente peores a pesar del aumento que se cobra sobre la cuota mutual y los déficit pasaron a ser importantes.

En los actos médicos autorizados se nota una importante concentración en Montevideo y no hay una explicación clara de por qué Florida presenta el mismo porcentaje; además, se indica una tasa de uso muy inferior en algunos departamentos.

Como verán los señores Senadores, los actos médicos autorizados estudiados por grupos etarios señalan un promedio de edad de 65 años, la mitad de los cuales corresponden a personas mayores de 70 años, con toda la discusión filosófica que ello conlleva acerca de si se está invirtiendo demasiado en personas que tienen un horizonte acotado, mientras quizás se invierte poco en salud donde hay mayores resultados porque se aplica en personas más jóvenes.

Los actos médicos autorizados por origen de pacientes alcanzan a un 74% en las IAMC y a un 26% en Salud Pública, aunque hay que destacar que atienden a poblaciones sustancialmente diferentes. Por ejemplo, como en estos momentos la gente se está desafiliando de las IAMC, no van a hacer muchos actos médicos correspondiente al Fondo y, de esta manera, se perjudica la recaudación, manteniéndose la población con alta morbilidad. Esta es una justificación de por qué tenemos un 26% de Salud Pública con respecto al 74% de las IAMC. Si uno estudia esto por actos, encontrará que ese porcentaje –que después vamos a detallar- es sustancialmente distinto. Se trata de un promedio que tiene muchas puntas; en algunas técnicas la supremacía es de las IAMC y, en otras, es de Salud Pública, lo cual apareja estudios sumamente interesantes, algunos de los cuales se están haciendo a partir de las actuales bases de información que tiene el Fondo.

En el resumen de este período hay un fuerte crecimiento de las técnicas amparadas y del número de actos médicos, que es sustancialmente mayor; esto es así, no sólo por el aumento de las técnicas, sino porque en sí mismas, algunas de ellas tienen un crecimiento que puede calificarse en algún caso de desmesurado.

Esto da lugar a un incremento del gasto total, así como a la necesidad de recargar, en el precio de la cuota mutual, los ingresos requeridos para solventarlos, todo lo cual provoca un aumento del déficit. En definitiva, esto lleva a que en el momento en que se inicia la recesión, en el año 1999, el sistema financiero prácticamente hace "crack", generándose un gran bolsón de deudas que llegó a ser de ocho meses de ventas. Con respecto a estos ocho meses de ventas –dicho esto en un lenguaje comercial- de empresas como las IMAES, cuyos ingresos provienen prácticamente del Fondo, quiero realizar la siguiente apreciación: cualquier organización con ocho meses de ventas sin cobrar, cierra. Esto es particularmente importante, no en las IMAES institucionales que operan como un subsidio cruzado, sino en lo que son centros autónomos. Podemos decir que estos ocho meses se financiaron porque realmente se contaba con reservas importantes para hacer frente a esa situación. Sin embargo, aquí se plantea la gran duda de hasta qué punto los aranceles cobrados eran profundamente excesivos y distorsionaban el mercado de la salud.

En el año 2000 se produce un giro importante por el lado de la calidad –teniendo en cuenta los resultados médicos- y de la evaluación previa, tema al que se referirá el doctor Haretche.

SEÑOR HARETCHE.- En las láminas que siguen se presentan los resultados de una serie de estudios de evaluación de la calidad de los actos médicos financiados por el Fondo. En última instancia, el Fondo Nacional de Recursos ha realizado una apuesta –creo que con cierta audacia para ese momento- en el sentido de pensar que sus problemas financieros en realidad estaban subordinados a algo más esencial, como es la calidad de las prestaciones que estábamos brindando. De alguna manera, el elemento cuantitativo del Fondo, o sea, la cantidad de actos médicos y los recursos que se estaban gastando por este concepto, a nuestro juicio no estaban dando respuesta a los problemas de salud existentes.

Esto, que ahora uno se anima a plantear con cierta tranquilidad, en aquel momento fue una apuesta muy importante que supuso iniciar un camino poco frecuente en nuestro medio, pero que entendemos ha dado resultados relevantes para el Fondo, así como para todo el sistema.

A continuación voy a mencionar algunas cifras llamativas.

En el primero de esta serie de cuadros se habla de artoplastia de cadera por fractura; esto es, el implante de una prótesis de cadera en pacientes que han sufrido una fractura. Como los señores Senadores observarán, a los seis meses de haberse implantado una prótesis de cadera en una fractura, el 17,1% de los pacientes había fallecido; el 21,1% había sufrido algún tipo de complicación y el 6% había tenido una infección. Estas cifras, tal como se dice en la nota al pie, colocan al Uruguay por encima del percentil 90, es decir, realmente lejos de los promedios internacionales, si los comparamos con un centro de referencia indiscutible como es el CDC de los Estados Unidos.

Además, hay otro problema que nos enfrentó a la necesidad de agudizar nuestro análisis. Me refiero a que estas cifras globales del país del año 2001, que no eran buenas en sí mismas, tampoco eran homogéneas al comparar la realidad de los distintos centros que hacían el procedimiento. Así es que vamos a encontrar que, mientras que un centro tenía una mortalidad del 11,2% a los seis meses, otro tenía el 24,5%. Esto quiere decir que, en ese centro, cada cuatro pacientes, uno había fallecido.

Por otra parte, en la columna de las infecciones se puede apreciar que también en algunos lugares estábamos cerca del 10%, lo cual es notoriamente inaceptable.

SEÑOR RIESGO.- Simplemente, guiándome por los números que están presentando, quiero saber cuál es la razón por la que un centro presenta el doble de mortandad y de infección que otro.

SEÑOR HARETCHE.- Nosotros podemos hacer llegar a los señores Senadores la publicación en la que se analizan al detalle estos resultados.

Si hoy, transcurridos dos años, tuviéramos que jerarquizar un elemento, tendríamos que optar por la selección de los pacientes. La realización de procedimientos invasivos –seriamente agresivos, en particular, para pacientes añosos- requiere la necesidad de evaluar cuidadosamente una serie de aspectos. Intervenir y, sobre todo, intervenir agresivamente, no siempre es lo más indicado para el tratamiento de una afección.

Entonces, entendemos que, de alguna manera, la cobertura financiera del Fondo Nacional de Recursos, a través de una actitud generosa del sistema y de la sociedad uruguaya, permitía una intervención poco balanceada, con limitaciones y con la necesidad de discutir más en detalle los procedimientos. Estas cifras que al día de hoy se han modificado se acompañaron, además, de una reducción del número de procedimientos que se hacen.

Seguramente hay más elementos a tener en cuenta como, por ejemplo, la cantidad de infecciones en un centro lo que, sin duda, depende de la existencia de un protocolo de control de infecciones y de la existencia de un comité de infecciones que trabaje científicamente. En aquel momento, corroboramos que no todos los centros funcionaban de la manera correcta. Hoy en día, somos especialmente cuidadosos y el Fondo comenzó ya un proceso de acreditación de los IMAE. Estas son las variables en las cuales estamos haciendo hincapié. Durante mucho tiempo se pensó que la medicina altamente especializada significaba equipamientos complejos y costosos, pero ello no necesariamente es así. La medicina altamente especializada requiere de la toma de decisiones cuidadosas y de un ejercicio de las intervenciones también cuidadoso. Entonces, ese tipo de mecanismo de discusión de los pacientes, de confrontación entre los diversos equipos, sin duda, ha incidido favorablemente en los resultados.

En el cuadro siguiente se presentan algunos elementos de carácter subjetivo, pero realmente relevantes cuando hablamos de intervenir en pacientes que, básicamente, están esperando mejorar su calidad de vida. A los seis meses, casi el 60% de los pacientes a los cuales se les había sometido a una prótesis de cadera no notaban una mejoría subjetiva; un 33% no tenía actividad dentro de la casa; un 41% era dependiente para vestirse. Estamos hablando de poblaciones, sin duda, muy particulares, con alto índice de institucionalización, añosos, con medios familiares poco continentes, elementos que deben ser tenidos en cuenta en el momento de tomar la decisión del procedimiento a realizar.

En el siguiente cuadro estamos presentando un trabajo de principios de 2001 sobre angioplastia coronaria. Este es un tema que hoy, transcurridos dos años, se nos ha vuelto absolutamente prioritario, lo que quiere decir que hablamos de pacientes en los cuales la sociedad y el sistema de salud hicieron una inversión bien importante. Luego de seis meses un 13% de ellos sigue fumando, un 30% sigue teniendo la presión arterial por encima de las cifras aceptables, un 60% la glicemia por encima de los valores normales y casi un 70% tiene la cifra del metabolismo lipídico alterado. Uno podría pensar que aquí hay una decisión libre de los pacientes, pero sin ninguna duda hay un problema del sistema, pues hay una carencia de quienes somos responsables en las diversas partes del sistema. Actualmente, el Fondo está encarando, en lo inmediato, la implementación de un programa de prevención secundaria. Esto significa que estos pacientes, que ya tuvieron un evento agudo, deben ser captados en forma continua por el sistema y ser acompañados para evitar la reiteración de los cuadros anteriores.

En lo que respecta a cirugía de revascularización coronaria, que es el cuadro siguiente, encontramos, por ejemplo, mortalidad interhospitalaria de un 6 %, frente a cifras de 0.6% ó 4% en los Centros de referencia. Las tasas de infección antes del alta se encuentran en el 6.6 % contra cifras menores de 1% en los Centros de referencia.

En el cuadro siguiente nos referimos a la cirugía cardíaca por enfermedad congénita. Este es uno de los problemas importantes que tuvimos que enfrentar. El estudio se hizo en el año 2002. Por canal aurículo ventricular completo teníamos una mortalidad de 25% frente a 1,4% en los centros de referencia. Observando las cifras, pueden ver un 20% en el caso de la tetralogía de Fallot contra otros valores entre 0 y 6,7.

La lámina siguiente se refiere al trasplante de médula ósea. Es una de las técnicas que, sin duda, en el Uruguay ha dado resultados relevantes. Un elemento que ha llamado la atención es que en el Uruguay se trasplantan más linfomas que leucemias, al revés de lo que ocurre en el mundo, lo que supone para nosotros una revisión importante. Hay que analizar por qué ocurre eso. De todas maneras, no implica malos resultados en los pacientes.

En el cuadro siguiente volvimos a hacer un seguimiento de la prótesis de cadera por fractura. En este caso, fue un seguimiento prospectivo, es decir, acompañamos a los pacientes a lo largo del seguimiento. Los captamos el día de la operación y los acompañamos a lo largo de los meses. Pueden constatar que durante un año y medio, en los mismos centros, los resultados mejoraron con respecto a los anteriores. El acompañamiento y el seguimiento, sin duda, son tareas prioritarias.

En la siguiente lámina hablamos de un trabajo de fines del año pasado sobre hemodiálisis crónica. En realidad, aquí nos interesa mostrar particularmente que en el Uruguay ingresan, prácticamente, cinco veces más pacientes que en Estados Unidos, con insuficiencia renal que requiere diálisis por una uropatía obstructiva que, en la enorme mayoría de los casos, es benigna y tratable. Se trata de pacientes que no fueron captados oportunamente por el sistema, porque no consultaron urólogo o vieron uno que no los operó, y por eso llegaron a diálisis crónica. Entendemos que la sociedad debería pedirnos cuenta de por qué ocurre esto. Estamos invirtiendo muchísimos recursos en diálisis, que podrían haber sido empleados para mejores cosas y, además, hay pacientes en malas condiciones de vida que podrían haber sido curados de su enfermedad si se los hubiera tratado oportunamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Hay un total de 5,5% de procedimientos hemodialíticos?

SEÑOR HARETCHE.- Como causa de ingreso en el Uruguay, constituyen un 5,5% de los ingresos a diálisis.

SEÑOR BAGNULO.- España no tiene dentro de su registro de diálisis pacientes que lleguen a diálisis por patología obstructiva benigna.

SEÑOR HARETCHE.- En las siguientes láminas hacemos un pequeño resumen. Partimos del concepto de que la realización de un acto médico siempre es resultado de una toma de decisiones. Cuanto más complejo es el procedimiento, más técnicos deben intervenir y más cuidadosamente debe ser evaluado. En realidad, la medicina tiene pocas certezas y muchas tomas de decisiones y pensamos que el Fondo debe remarcarlo en este momento.

El cuadro de conclusiones primarias es un pequeño resumen de esto. Decimos que hay disparidades y resultados insatisfactorios, en general, distribuidos entre todas las técnicas.

SEÑOR RIESGO.- La verdad es que este cuadro de conclusiones primarias es terriblemente duro, por más que esté muy resumido en unos pocos renglones. Se refiere a la disparidad de resultados entre los IMAE, no explicables por diferencias de su población atendida; brecha entre los promedios de resultados y los estándares internacionales comparables; relación preocupante por los resultados insatisfactorios, etcétera. ¿A qué se debe esto? El doctor ha dicho que es mucho el dinero que el Fondo Nacional de Recursos invierte en la sociedad uruguaya.

Recién nos visitó un grupo de urólogos planteando que si el Ministerio de Salud Pública implementaba la asistencia de urólogos en los hospitales de Montevideo, los problemas que se podían generar en la urgencia urológica disminuirían en forma importante. Por otro lado, tenemos las cifras que ustedes nos dan. Digo esto porque no soy médico y, a veces, cuando me interno en un mundo de dudas, no sé quien tiene razón. Por ejemplo, veo un IMAE que en operaciones de corazón tiene una tasa de mortalidad del 10% y otro que tiene un 3%. Entonces, me pregunto, ¿cómo se entiende eso? Porque si me dicen que es por un problema de edad, siempre hay gente mayor para operar, así como también gente joven y ello no significa que se deslicen los primeros para un IMAE y los segundos para otro distinto. Por lo menos, esto es lo que pienso, aunque puedo estar equivocado.

Reitero que he escuchado con atención lo aquí expresado y quizás estoy sensibilizado de más, pero creo que es demasiado duro lo que se ha planteado en la Comisión en el día de hoy.

SEÑOR BAGNULO.- Al respecto, quiero decir que todavía tenemos datos. Incluso el señor Senador podrá ver que en un caso, mediante un control –informo que estos datos están en el repartido, más adelante- hemos abatido en un centro de cirugía cardíaca la mortalidad en forma sustancial.

SEÑOR RIESGO.- Entonces, me preocupa mucho más lo que usted dice. Esto significa que antes de no haber control, el desorden y la irresponsabilidad eran totales. Cuando hubo algo de control –no voy a calificarlo, porque lo desconozco- las personas responsables del IMAE empezaron a hacer las cosas mejor.

SEÑOR BAGNULO.- Justamente, en eso se basa una especialidad que se denomina Epidemiología Hospitalaria. En uno de sus lineamientos expresa que el hombre es bueno, pero que si se lo controla, es mejor. En medicina no se puede hacer nada sin control. En el año 2010 está planteado por una Comisión en los Estados Unidos que va a realizar el asesoramiento, que no va a haber ninguna toma de decisión que dependa de un solo técnico. Eso es lo que hemos tratado de implementar, en el sentido de que las tomas de decisiones sean compartidas. Por eso se armaron los grupos de segunda opinión, que es lo que mostraremos a continuación. Una decisión de algo tan importante debe ser tomada, por lo menos, por dos personas. Siempre ha sido función del Fondo auditar esas tomas de decisiones. Los técnicos de los IMAE -algunos de los cuales son excelentes y obtienen buenos resultados- no pueden tomar las decisiones por sí solos, aunque esto mucho los enoje. Reitero que nosotros consideramos que esto debe ser así y que a ello tiende el mundo. La sociedad uruguaya realmente deposita un caudal muy importante de dinero en estas catorce técnicas, por lo que debemos administrarlo de la mejor manera posible para obtener los mejores resultados. Creemos que acá no ha habido límites para que los resultados no se puedan comparar con estándares internacionales. En particular, aplicamos el "Euro score" que se aplica en Europa para homogeneizar poblaciones; refiere a poblaciones comparables dentro de

los IMAE que, por ejemplo, realizan cirugía cardíaca. O sea que de esta forma los que tienen mejores resultados es porque son tales, y viceversa.

Queremos decir que esto pasa en todo el mundo. En el Estado de Nueva York el doctor Peter Gros analizó y encontró que había dos centros que estaban fuera de los percentiles y que tenían una mortalidad significativamente mayor. Publicaron estos datos en Internet y, como consecuencia de ello, los dos centros cerraron.

Creemos que es básico que esta información llegue a la gente que, en última instancia, es la que debe decidir.

Al respecto, tenemos muchos datos más para brindar en este ámbito porque estamos sumamente motivados para hacerlo.

A nosotros nos parece muy importante que todo esto llegue a conocimiento de ustedes -Senadores o Diputados, porque están representando a la ciudadanía- ya que estos son recursos muy importantes. Porque son problemas relevantes en el área de la salud, lo que queremos es plantearlos en este ámbito.

Aprovecho esta oportunidad para agradecer a algunos señores Senadores que, ante estos problemas, nos han llamado para plantearnos estos conflictos y, además, nos han ayudado a lograr algunos resultados. Algunas de estas soluciones las implementamos como punto de partida de una solicitud de aclaración que provino de esta Comisión. Una de ellas es que estamos trayendo personas desde la Argentina para analizar los resultados de las angioplastias puesto que todos quienes aquí se dedican a esto, están vinculados a un grupo u otro. Creemos en la auditoría en el área médica; primero en la interna y, después, en la externa. Precisamente, por ello hemos traído gente de España y de Argentina porque en la auditoría es muy importante que se hable el mismo idioma, ya que hay diferencias que no son fáciles de traducir. En nuestra opinión, el sistema español de salud funciona bien y nos puede aportar muchos elementos beneficiosos.

Creemos que el dinero invertido en contralor es una seguridad y una certeza para todos; además, se ha visto reflejado que lo que hemos invertido en contralor, ha bajado aproximadamente en veinte o treinta veces otro tipo de gastos. O sea que para nosotros la tarea de controlar ha sido sumamente eficiente.

Por otro lado, el último tema al que nos queremos referir –siempre y cuando dispongamos del tiempo suficiente- es a una aspiración que tenemos en el sentido de que el Fondo invierta en prevención secundaria. Aclaro que esto no está en la ley del Fondo y algún profesional vinculado a este tema nos ha preguntado por qué vamos a invertir en algo que no debemos y para lo que no estamos autorizados. Nosotros queremos que una parte de los ahorros que estamos convencidos se van a generar con estas y otras estrategias que diseñaremos, no sean reinvertidos en técnicas de alto nivel, sino que una parte de ellos pueda ser volcarse en estrategias de prevención secundaria como, por ejemplo, prevención de caídas, de uropatía obstructiva, nefroprotección y vacunación. En lo que respecta a esta última prevención, debo decir que estamos vacunando contra la gripe y el neumococo a los pacientes que fueron sometidos a angioplastias y cirugías cardíacas, porque está demostrado que estos enfermos –en quienes invertimos una suma muy importante- muchas veces se nos mueren a los seis meses de una neumococemia que se previene con una vacuna que cuesta U$S 10. Es por este motivo que nosotros estamos mandando a una persona para que realice esas vacunaciones..

Consideramos que aquellos que estamos vinculados al tercer nivel de la atención médica somos los que tenemos que trasmitir el mensaje o el lema de que "la prevención es lo primario" entre los años 2000 a 2010. En este caso, creemos que la prevención secundaria sería muy importante para las técnicas que brinde el Fondo.

SEÑOR HARETCHE.- Por último, vamos a mostrar una lámina que se titula "Opinión de Médicos Auditores, año 2001" donde presentamos la estrategia que estamos aplicando en la actualidad con relación al control de las indicaciones de los actos. El Fondo Nacional de Recursos ha implementado un sistema por el cual cada vez que le llega una solicitud de autorización para hacer un acto médico, enviamos a un médico para que vea a ese paciente. Entonces, junto a la cama del enfermo, se levanta una nueva historia clínica y el médico nos trae un asesoramiento. Ese médico no es el que toma la decisión, sino que lo hacemos nosotros con la ayuda de dos elementos: la opinión del médico tratante –que fue quien pidió el procedimiento- y la del médico asesor o evaluador enviado por nosotros.

En este gráfico de barras que tenemos en la pantalla se muestra el porcentaje de concordancia entre ambos informes. Por ejemplo, en el caso de los quemados, hay poco margen de dudas y, un 95, 5% están de acuerdo con la indicación hecha por el médico tratante.

Pero en el otro extremo, en el caso de la litotricia, el 58.6% de los médicos evaluadores, discreparon con la indicación hecha por el médico tratante.

SEÑOR RIESGO.- ¿Qué pasa en este caso?

SEÑOR HARETCHE.- En ese caso nosotros consideramos que el procedimiento no está indicado; nos ponemos en contacto con el paciente y con el médico tratante, enviándole una nota explicándole por qué motivo el Fondo entiende que el riesgo al que iba ser sometido el paciente no justifica la mejora de sus condiciones.

En el siguiente cuadro vemos qué es lo que ha ocurrido inmediatamente a partir de la aplicación de esta estrategia. Los actos médicos, cuyos totales venían creciendo hasta el año 1999 de manera ininterrumpida, en el año 2000 comenzaron a bajar, sin que hayamos quitado técnicas de la cobertura, sino que seguimos haciendo las mismas cosas que hacíamos antes. En realidad hemos bajado notoriamente el número de actos realizados. Es decir que volvimos varios años atrás.

En mi opinión, lo más interesante está en la lámina siguiente donde dice "evolución de solicitudes de actos médicos". En esta gráfica se muestra el número de pedidos que llegan al Fondo Nacional de Recursos. El mayor porcentaje de la retracción en el número de actos cubiertos se produce, no por la negativa, sino porque se han solicitado menos procedimientos. Entendemos que se ha obtenido un mecanismo de control basado en el auto control. Son los propios médicos quienes solicitan los actos, los que entienden que es mejor postergar el procedimiento, en base a determinados procedimientos de control.

En las láminas siguientes se ponen algunos ejemplos. En una de ellas se muestra el total de litotricias y cómo ha evolucionado en los últimos años. Se trata de litotricias solicitadas. También se hace mención a los estudios hemodinámicos y marcapasos solicitados.

Finalmente hay algunas reflexiones que tienen que ver con que entendemos que el sistema, si no tiene un muy buen mecanismo de control y de auditoría, puede estar originando incentivos a la realización de procedimientos que en realidad deben ser cuidadosamente analizados.

En la próxima lámina se muestra lo que ha ocurrido, como ejemplo final, con la tasa de mortalidad al alta en cirugía cardíaca en una IMAE. Se trata de una IMAE que tenía una mortalidad del 15,3% en el año 2000 y que hoy tiene una mortalidad de 10.0%.

SEÑOR SAYAGUÉS- A continuación vemos las cifras, en particular, las del último ejercicio cerrado 2002. En ese año, hubo una disminución de U$S 10:000.000, por un lado, imputable directamente a la cantidad de actos autorizados -lo cual ya fue comentado por el doctor Haretche- y, por otro, debido a la disminución del número de solicitudes de actos.

El financiamiento del Fondo en este período desde 1999, ha tenido un incremento menor en su cuota de ingresos –que actualmente está en unos $ 80- que el Indice de Precios al Consumo o que el valor de la cuota mutual. En particular, en el año 1999, durante dos años quedó prácticamente congelada la cuota del Fondo. Simultáneamente hubo una pérdida de 200.000 recibos cobrados del sistema mutual, es decir, de gente que pasaba a ser atendida por Salud Pública. Todo eso confluye en el cuadro de ingresos y egresos en millones de pesos constantes del 2002. El proceso que en el año 1999 tendía al alza, ha sido revertido dramáticamente y en el 2002, por primera vez en muchos años, dio superávit.

La disminución del gasto de 2002, en poder adquisitivo constante, de $ 288:000.000, es un poco superior a la suma del total de sueldos, gastos e inversiones del Ministerio de Industria, Energía y Minería, más lo correspondiente al Tribunal de lo Contencioso Administrativo, más el costo íntegro del Tribunal de Cuentas, dicho esto para que se tenga una noción por comparación con el Presupuesto Nacional. Y esto es sin perjuicio de una mejora en la calidad de los actos médicos que realmente es necesario hacer.

Entonces, ha habido una importante disminución del gasto, así como también de los ingresos y del número de actos. Asimismo, también se está dando un superávit que parece continuar en estos meses del año 2003.

A esta altura, probablemente haya que admitir que había una demanda inducida a consecuencia de todos los datos que hemos proporcionado a la Comisión y se está dando, repito, una incipiente mejora en la calidad de los actos necesarios. En particular, esto debe interpretarse como que la implantación de controles adecuados ha llevado a esa contracción de costos y a esa mejora de los procedimientos financiados por el Fondo.

En estos momentos estamos terminando de sanear las finanzas del Fondo y los pasivos del bolsón con meses de deuda con los IMAE y con los proveedores, que han sido financiados a largo plazo hasta con 60 vales mensuales y consecutivos. Asimismo, se ha implantado un nuevo sistema informático que nos permite generar mucha y mejor información y dentro de poco tiempo concretaremos la conexión remota con los IMAE. También hemos incorporado un sistema de costos –en este sentido, ya se ha conversado con ellos- a los efectos de sacar conclusiones mucho más finas y, por ende, usar mejor los recursos. Se ha continuado la mejora de los controles en base a una información mucho más refinada y, en consecuencia –aunque aún existen bolsones de ineficiencias a suprimir- se está profundizando la mejora en la calidad de los actos. Además, en consenso con las partes interesadas, se está trabajando en un sistema de acreditación de IMAE, lo que redundará en la mejora de la calidad y se está reasignando alguna economía para el seguimiento -y otros procedimientos mencionados por el doctor Bagnulo- de la vacuna para los operados del corazón o dialisados con respecto a la gripe y a la meningococo.

Esto es lo que está haciendo en estos momentos el Fondo Nacional de Recursos con los importantes fondos asignados por la sociedad para sus fines específicos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que aquí termina una evaluación histórica que hacen los representantes del Fondo Nacional de Recursos sobre los acontecimientos de los últimos tiempos. Me da la impresión de que ahora vendría la exposición de una serie de propuestas a hacer, que era lo que planteaba el doctor Bagnulo. Creo que si seguimos adelante, no digo que sea un desperdicio, pero tres de los integrantes de esta Comisión de Salud Pública no podrían oír esto que me parece trascendente, porque se trata de una experiencia única a nivel del país, que involucra toda el área pública y también el área privada. Al respecto, existe toda una filosofía detrás de la implementación de ciertas técnicas y me da la impresión que sería ilustrativo que todos los integrantes de esta Comisión pudieran escuchar las propuestas. Entonces, quería proponer –no sé si el señor Senador Riesgo está de acuerdo- que pactáramos en el sentido de que en la próxima sesión de esta Comisión tratáramos este tema exclusivamente.

SEÑOR RIESGO.- Para la próxima sesión o cuando la Mesa logre coordinar una reunión con todos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Y que esta sea la única visita a la Comisión.

No sé si nuestros invitados estarían de acuerdo en venir nuevamente a estos efectos.

SEÑOR BAGNULO.- Vendremos cuantas veces sea necesario.

SEÑOR RIESGO.- Inclusive, agradeceríamos que nos acercaran el material que nos han ofrecido acerca de estos temas.

SEÑOR BAGNULO.- Queremos trasmitir a los integrantes de la Comisión algunas de las estrategias que estamos tratando de implementar.

Como ustedes saben, este era un sistema fraccionado; el Hospital Militar y el Banco de Previsión Social contrataban actos directamente, lo cual no parece lógico. Entonces, hicimos un convenio con el Hospital Militar, que fue bien acogido por ellos, mediante el cual ahora también estamos administrando los actos de ese Hospital. A su vez, estamos discutiendo con el Banco de Previsión Social –creemos que vamos a llegar a una buena solución– un convenio similar dirigido al grupo de población de entre 3 meses y 14 años, para los cuales contrataban los actos directamente.

Creemos que en esto el Estado tiene un instrumento valedero, pero tendría que ser generalizable, teniendo en cuenta, además, la perspectiva de que haya instrumentos generalizables que puedan formar parte de la base de lo que sería una estructura diferente y más eficiente dentro del área de la salud, dados los problemas que estamos enfrentando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la visita de esta delegación, que nos ha aportado datos muy estimulantes que brindan un soplo de aire renovado dentro de una concepción anquilosada que rodea las prestaciones en salud. Me parece que todos estos temas merecen que les dediquemos un tiempo adicional.

Gracias nuevamente por la concurrencia.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 13 y 41 minutos)